A Monsieur
le Professeur R. Liebreich

hommage de son dévoué
et reconnaissant

J. Sperino

NUOVO METODO OPERATIVO DELL' ETTROPIO E DELL' ENTROPIO

PEL DOTTORE

FELICE SPERINO

ASSISTENTE

nell' Ospedale Oftalmico ed Infantile.



TORINO
Stamperia Gazzetta del Popolo
1872

Sono oramai trascorsi venti mesi, da che fu per la prima volta posto in pratica il metodo operativo di cui discorrerò.

In tutto questo tempo io ebbi campo di vederlo praticato in molti casi dal mio amatissimo Padre, professore di Oftalmologia in questa Università, dal dott. Reymond, assistente della Clinica e professore libero di Oftalmologia, e di praticarlo io stesso, e poterono pure ripetutamente osservarlo i signori Studenti che frequentarono in questi due ultimi anni scolastici la Clinica Oculistica, ed alcuni egregi Colleghi.

Non riuscirà perciò nuovo a tutti quanto io andrò esponendo; e le mie parole avranno il vantaggio di poter essere, dirò così, controllate dalle osservazioni che poterono, Studenti e Colleghi, fare sugli individui operati nell'Ospedale Oftalmico.

Faccio precedere la descrizione dell'atto operativo da qualche parola di storia dell'ammalato, su cui pel primo si praticò il nuovo metodo.

Egli è il signor G.... L....

Al cominciare del 1871, egli correva il suo 60° anno. A quell'epoca la sua costituzione fisica era in cattive condizioni; egli era debole, mal nutrito, anemico. Raccontava come da cinque anni soffrisse di congiuntivite granulosa in ambo gli occhi. Codesta congiuntivite si acutizzava di tratto in tratto, assumendo carattere di purulenza.

In uno di questi momenti, nell'aprile del 1868, ambedue le palpebre inferiori, a detta dell'infermo, si rovesciarono all'esterno.

Una energica cura antiflogistica e qualche medicatura locale, fecero cessare il periodo acuto della congiuntivite, e con esso l'ettropio della palpebra inferiore sinistra. La destra però rimase rovesciata all'esterno; e per quanto in due anni e mezzo siasi fatto, non ritornò più alla primitiva e normale posizione.

Anzi l'ettropio si andò sempre più pronunziando, ed acutizzossi ancora due o tre volte la congiuntivite.

La palpepra non poteva durare tanto tempo in sì anormale posizione senza esercitare una perniciosa influenza sull'organo che essa era destinata a proteggere, sul bulbo oculare.

Questi infatti, non più riparato che in parte dagli agenti esterni, si trovava in cattive condizioni per mantenersi nello stato fisiologico.

Era rotto l'equilibrio nella pressione che le due palpebre esercitano sul bulbo oculare, perchè la sola

superiore era in contatto con esso; le lagrime, non più raccolte che dal solo punto lagrimale superiore, non trovavano sufficiente esito, e andavano cadendo sulla guancia; le ripiegature della mucosa congiuntivale nella falda oculo-palpebrale continuamente esposte all'aria, indurite perciò, tumefatte, secernenti un muco purulento, irritavano col loro fregamento la cornea.

Questa durante il mese di ottobre 1870 rammollissi nella sua parte inferiore, si perforò, e l'iride venne a far procidenza nell'apertura. Allora aumentossi la fotofobia, la lagrimazione, lo spasmo del muscolo orbicolare, e per conseguenza l'ettropio.

Si fu allora, sul finire del 1870, che egli ricorse all'opera del mio carissimo padre il prof. Sperino, ed entrò nella sua Casa di Sanità, dove io sono pure assistente.

Prima fra le indicazioni era la correzione del vizio di posizione della palpebra inferiore destra. Finchè durava l'ettropio, ogni miglioramento dell'affezione bulbare era impossibile.

La cosa presentava delle difficoltà.

L'ettropio durava da due anni e mezzo; la palpebra era talmente rovesciata, che il margine cigliare dell' apertura palpebrale toccava in tutta la sua estensione la cute della palpebra; il corpo papillare congiuntivale era grandemente ipertrofico.

Cercossi di ottenere l'intento dapprima con leggiere cauterizzazioni della congiuntiva palpebrale fatte col nitrato d'argento acuto e solido, nello scopo di ottenere una cicatrice che, raccorciando la congiun-

tiva, potesse rialzare la palpebra. Si associò a codesta medicatura un bendaggio che sorreggesse la palpebra.

Non si ottenne ciò che si desiderava. L'ettropio rimaneva, e sempre grave.

Provò allora il prof. Sperino ad esportare con piccole forbici curve sul piatto una piccola listerella di congiuntiva palpebrale, prendendola verso la ripiegatura oculo-palpebrale. Anche in allora la palpebra veniva sorretta da un bendaggio che permetteva la formazione della cicatrice mentre la palpebra era in buona posizione.

Dopo un po' di tempo parve che la palpebra rimanesse in sito anche per qualche istante dopo che era stato tolto il bendaggio, ma ben tosto si riproduceva l'ettropio. L'affezione irido-corneale si era di poco migliorata. Si aveva evacuato a varie riprese l'umor acqueo pungendo la procidenza iridea, per vedere di diminuire la pressione oculare e la spinta che riceveva l'iride; si aveva cauterizzato l'apice della procidenza col nitrato d'argento, e con esso ancora si erano praticate leggiere cauterizzazioni della congiuntiva susseguite da qualche scarificazione; s'impiegò l'atropina; ci servimmo d'una soluzione di cloruro di sodio per lavare e tergere la mucosa; cercossi infine coi preparati ferruginosi e con alimenti riparatori, di migliorare lo stato generale. E tutto ciò con leggiero miglioramento; solo si era ottenuto che l'iride rientrasse in buona parte, e si deprimesse la procidenza.

Si fu allora che, riflettendo a questo ostinatissimo caso, pensai all'imbrigliatura che sto per descrivere. Essa piacque a mio padre, e venne tosto da me praticata in sua presenza.

Ecco come procedetti:

Presi un filo di seta abbastanza lungo; ne investii i due estremi in due aghi da cucire ordinari, fini, lunghi e retti.

Rialzai colla mano sinistra la palpebra collocandola nella sua vera e buona posizione, e colla destra impiantai il primo ago, che io, per meglio esprimermi, chiamerò il destro, sulla cute della palpebra all'incirca in corrispondenza dell'unione del quinto interno con i quattro quinti esterni dell'apertura palpebrale ed alla distanza di 2 millimetri da esso bordo; lo spinsi e gli feci attraversare tutto lo spessore della palpebra; rovesciai leggiermente la palpebra, ed impiantai nuovamente l' ago nella congiuntiva palpebrale verso il solco oculo-palpebrale, cioè 6 o 7 millimetri più in alto del punto da cui era prima uscito, se si considera la palpebra rovesciata, e più in basso se si considera la palpebra in buona posizione, e verticalmente in linea col punto dove venne impiantato il primo. Gli feci attraversare tutta la palpebra, e, tratto l'ago all'esterno, lo tolsi, e lasciai il filo penzolone sulla guancia; ripetei la medesima manovra coll' altro ago, che dirò sinistro. Lo impiantai esternamente sulla faccia cutanea della palpebra verso l'unione del quinto esterno con i quattro quinti interni alla medesima distanza dal bordo pal-

pebrale a cui venne impiantato il destro; attraversata la palpebra, lo rimpiantai nella congiuntiva nella stessa linea verticale più in alto, considerata la palpebra nell'ettropio, e lo feci uscire alla medesima altezza dell' altro. In questo modo si misurava la stessa distanza fra i due punti d' entrata del filo superiormente, e i due punti d'escita inferiormente; ed i fili che poggiavano sulla faccia congiuntivale della palpebra erano fra di loro paralleli. Tirando per i suoi due capi il filo che cadeva sulla guancia dalle due aperture, venne a tendersi la parte, dirò così, centrale, quella che stava fra le due prime aperture, e che riusciva parallela al bordo palpebrale.

Allora si ebbe già manifesto un primo vantaggio; il margine palpebrale per l'azione di questo filo trasversale venne ricondotto verso il bulbo oculare.

La palpebra però ricadeva ancora un po' su se stessa.

Ho già detto che il corpo papillare era ipertrofico; la palpebra inspessita e dura; la cartilagine tarso, per la anormale posizione in cui aveva trascorso sì lungo tempo, si era appiattita ed aveva perduto molto della sua forma; la palpebra cadeva ancora un po'su se stessa e bisognava rialzarla.

Si presero allora i due fili e si fissarono debolmente tesi alla fronte con delle listerelle agglutinative.

Ad evitare che codesti fili potessero, nei movimenti della palpebra, lacerare i tessuti in cui scorrevano, e per aiutarli, si applicò un bendaggio.



Raccomandato al malato di chiudere dolcemente gli occhi, come se volesse disporsi a dormire, s'applicò un batuffolo di fine filaccie sulle palpebre. Si usò l'attenzione di applicare questo batuffolo di filo dal basso all'alto per sollevare la palpebra, e lo si lasciò più spesso e resistente in basso; si diedero alcuni giri di benda senza stringere troppo, ed anche qui si ebbe riguardo di dirigere la benda dal basso all'alto, sempre per rialzare la palpebra; si tolse il bendaggio tre volte nella giornata per lavare l'occhio e togliere le mucosità addensatesi fra l'apertura palpebrale, specialmente verso l'angolo interno. Dopo 48 ore parve che il filo cominciasse ad irritare i tessuti.

Le due aperture superiori erano un po' tumefatte; e, premendo, ne usciva una goccettina di siero purulento.

Si tagliò allora nel mezzo il filo che scorreva sulla cute parallelamente al bordo palpebrale; e mediante leggiera trazione praticata sui due capi del filo, ora diviso, lo si tolse, e con esso ogni sostegno alla palpebra. Colla più viva soddisfazione si vide allora la palpebra mantenersi in sito.

Si continuò l'applicazione del bendaggio; esso serviva di tutore alla palpebra che era ancora troppo debole per essere intieramente abbandonata a sè.

Da quel giorno l'affezione bulbare andò via migliorando, sì che andò a sanazione in poco tempo.

La palpebra era sollevata; non era ancora totalmente applicata al bulbo, perchè era pur anco dura,

e non aveva ancora ripreso la forma concavo-convessa che deve avere.

A misura però che, dietro la cura della congiuntivite, la palpebra diminuiva di spessore, si adattò sempre meglio al bulbo oculare.

Ora due parole su questo modo di correggere l'ettropio.

La moltiplicità dei metodi curativi dell'ettropio e dell'entropio è la prova la più convincente delle difficoltà che incontra il pratico nel trattamento di codeste affezioni.

Assai sovente il ferro chirurgico deve essere posto in opera; nella maggior parte dei metodi curativi si rende necessario il taglio di qualche tessuto palpebrale.

Nel suddescritto invece, non abbiamo che il solo impiego del filo, e pur si ottengono riuniti i due scopi: rialzare la palpebra ed avvicinarne il bordo al bulbo oculare.

Se si trattasse solo di rialzare la palpebra inferiore o di abbassare la superiore per impedire il rovesciamento all'esterno, si potrebbe attraversare con un filo la cute della palpebra parallelamente al bordo libero facendo una specie di setone, e fissare questo filo alla fronte od alla guancia a seconda della sede dell'ettropio; ma non si ottiene in questo caso di far ben appoggiare il margine palpebrale al bulbo oculare. E ciò perchè dovrebbe il filo, per poter ottenere

questo scopo, agire non solamente dal basso in alto o viceversa a seconda della posizione dell' ettropio, ma bensì anche dall'avanti all'indietro, locchè è impedito prima di tutto dalla palpebra opposta, ed in secondo luogo dalla posizione del punto a cui si fissano i fili e che si trova sempre troppo in avanti, tanto quando è presentato dalla fronte, come quando è offerto dalla guancia.

Nel mio metodo, quanto più si tendono i fili alla loro escita dalla cute palpebrale, tanto più il bordo libero della palpebra appoggia sul bulbo. Tirando questo filo per i suoi düe capi viene alla palpebra comunicato un movimento di *bascule;* per cui mentre il bordo libero della palpebra si avvicina all' occhio, la base, la parte, dirò così, più periferica della palpebra se ne allontana. Se l'ettropio è leggiero, se la palpebra non cade troppo su se stessa, si possono legare addirittura i due capi del filo, formando così i due capi riuniti una seconda linea orizzontale parallela alla prima. Ciò basta per sorreggere la palpebra.

Nei casi simili al nostro questi due fili, come abbiamo visto, devono essere fissati al fronte; alla guancia se l'ettropio affligge la palpebra superiore.

Finora abbiamo visto l'applicazione di questa imbrigliatura nell'ettropio. Essa, praticata in senso opposto, serve pure nei casi di entropio, e così lo stesso metodo operativo corregge due stati morbosi diame-

tralmente opposti. Non si ha che a cambiare il punto di azione della potenza poichè cambiò la resistenza. Supponiamo di avere un entropio della stessa palpebra, la destra inferiore; ecco come si dovrebbe procedere:

Preso un filo munito di due aghi, meglio in questo caso se curvi, s'impianta il primo sulla cute palpebrale verso l'unione del quinto interno con i quattro quinti esterni della rima palpebrale, non più a due millimetri dal bordo libero della palpebra, ma ad una distanza da questo di 8 o 9 millimetri. Si fa attraversare dall'ago la palpebra in tutto il suo spessore e lo si impianta nuovamente dalla superficie interna in un punto situato nello stesso piano verticale e distante due millimetri all' incirca dal bordo libero della palpebra e lo si trae all'esterno.

Si ripete la medesima manovra coll'altro ago, cioè lo si impianta sulla faccia cutanea della palpebra ad una distanza di 8 o 9 millimetri dal bordo cigliare in un punto corrispondente all'unione dei quattro quinti interni col quinto esterno di una linea che misuri la lunghezza dell'apertura palpebrale; gli si fa attraversare la palpebra, lo si rimpianta sulla faccia congiuntivale della palpebra più in alto, nella stessa linea verticale, alla distanza di 2 o 3 millimetri dal bordo cigliare e lo si trae all' esterno. In questo caso quella linea parallela al bordo cigliare della palpebra, formata dal filo, si trova ad una distanza da questo di 8 o 9 millimetri, invece che nell'ettropio era ad una distanza di 2 o 3 millimetri.

Se l'entropio non è molto grave può bastare, come nell'ettropio, di legare insieme i due capi del filo. Se l'entropio è grave si fissa il filo alla fronte od alla guancia, secondo che l' entropio affligge la palpebra superiore o la inferiore.

Nell'ettropio il filo vuol essere fissato alla parte opposta della palpebra malata; nell' entropio deve essere fissato dalla stessa parte, e così sulla fronte nell'entropio della palpebra superiore, e sulla guancia in quello della inferiore. Anche nell'entropio si applica in seguito il bendaggio, come si vedrà nei casi che verranno riferiti.

Come già ho detto, il grande vantaggio di questo metodo è quel movimento di *bascule* di cui già dissi parlando dell'ettropio.

Infatti è appunto questo movimento, quest'azione che manca, o per lo meno è in molto minor grado pronunciata negli altri metodi operativi dell' ettropio e dell'entropio.

Inoltre è forse l'unico metodo il quale si possa applicare tanto nell'ettropio come nell' entropio. In esso la maggior forza viene esercitata sulla faccia esterna della palpebra, sulla cute; su tessuto cioè abbastanza resistente e che ne tollera bene l'azione, e non su di un punto ristretto, ma su di uno spazio che occupa più della metà della palpebra.

Si opera abbastanza lontani dal bordo cigliare per non aver a temere spostamenti nella direzione delle ciglia in seguito a viziose cicatrici. Aggiungerò una circostanza: nei casi in cui la deviazione della pal-

pebra è antica, si trova sempre il tarso deformato, che ha perso la sua naturale curvatura, e si è fatto rigido ed inspessito. Ebbene, nel tempo in cui si lascia il filo in sito, si fa nei tessuti da esso attraversati un po'di reazione; durante questa il tarso si rammollisce, cede all' azione leggermente compressiva del bendaggio, e ritorna poco a poco alla sua curvatura naturale.

È certamente molto difficile il determinare quale sia il metodo che di preferenza si deve seguire nelle diverse contingenze, nè io intendo di proporre la sutura descritta in tutti i casi di entropio e di ettropio; ma credo che possa riescire di grande giovamento in molti casi ed evitare talvolta di ricorrere ad operazioni più complicate in cui al semplice filo si unisce il tagliente chirurgico.

In venti mesi ebbi occasione di studiare questa pratica in molti casi. Dirò brevemente di alcuni; gli infermi erano ricoverati nell'Ospedale Oftalmico e furono a più riprese visitati dagli Studenti che frequentarono la Clinica Oftalmologica.

Uno fra questi, Domenico M..., era stato ricoverato per grave congiuntivite granulosa, ettropio permanente di tutte e quattro le palpebre, panno vascolare ed ulceri corneali specialmente gravi all'occhio sinistro. Quelle palpebre rovesciate a quel modo davano un particolare aspetto sgradevole alla sua fisionomia e molestavano singolarmente l' infermo. Dopo qualche giorno in cui vennero praticate appli-

cazioni di atropina e diverse cauterizzazioni della congiuntiva col nitrato d'argento seguìte da scarificazioni, si operò alla presenza della scolaresca l'occhio destro: si applicò dapprima il filo alla palpebra superiore destra, poscia alla inferiore nello stesso modo come nel caso suesposto, e si applicò il bendaggio. In questo e negli altri casi che seguono, l'introduzione dell'ago venne resa più facile dall'uso di una pinzetta porta-aghi.

Dopo tre giorni cominciossi a scorgere un po'di suppurazione del tragitto percorso dal filo, senza che però le palpebre si fossero menomamente tumefatte; si tolse allora il filo e si continuò nell'applicazione del bendaggio. Si vide che le palpebre si mantenevano nella loro buona posizione, e non si rovesciavano che quando l'ammalato contraeva molto fortemente l'orbicolare.

Dopo alcuni giorni in presenza degli Studenti si applicò nel solito modo il filo alle due palpebre dell'occhio sinistro. Rimasero in sito i fili senza produrre nessuna reazione dal giovedì al lunedì, giorno in cui vennero tolti. Si continuò nell'applicazione del bendaggio, che si faceva ora all'uno, ora all'altro occhio, e si insistè nella cura della congiuntivite e dell'affezione corneale.

Nei primi tempi, come ho già notato per l'occhio destro, l'ettropio si riproduceva anche in quest'occhio, quantunque molto più leggiero di prima, quando l'ammalato stringeva fortemente e chiudeva le palpebre. Le due superiori però ritornavano immediata-

mente alla buona posizione se l'ammalato guardava fortemente in basso, ciò che non si verificava prima dell' operazione.

Trascorsa una decina di giorni cessò anche questo inconveniente, e l'ettropio si trovò perfettamente corretto in tutte e quattro le palpebre.

La nominata Catterina P...... è tra gli ammalati che ci porsero l'occasione di studiare l'applicazione di questo metodo nell'entropio. Essa entrò nell'Ospedale per venir curata di congiuntivite granulosa, entropio grave della palpebra superiore destra, meno grave delle due inferiori, leucoma alla parte inferiore della cornea destra, coroido-irite antica con notevole aumento della tensione del bulbo oculare destro.

L'apertura palpebrale era assai ristretta, e l'entropio era tale che le ciglia della palpebra superiore venivano gravemente a ferire il bulbo oculare.

Si ebbe dapprincipio l'idea di incominciare coll'allargare l'apertura palpebrale; ma poi la si abbandonò nell'intento di meglio studiare l'efficacia del nuovo metodo, e presenti gli Studenti si applicò il filo alla palpebra superiore destra nel modo più sopra descritto. Dopo tre giorni si tolse il filo; si ebbe un po'di reazione locale; lungo il percorso del filo nello spessore della palpebra si era formato un po'di pus, la palpebra era arrossata e leggermente tumefatta. Il bordo libero della palpebra però era in buona posizione. Dopo qualche giorno di bendaggio cessò quel po' di infiammazione ed allora si ebbe la consolazione

di vedere che la palpebra conservava la buona posizione, che più morbida e più flessibile eseguiva meglio i suoi movimenti e meglio si adattava sul bulbo, e che infine l'apertura palpebrale erasi notevolmente allargata. Questo credo lo si deve in gran parte dapprima al cambiamento avvenuto nella cartilagine tarso che prima della operazione era inspessita, dura ed alterata nella sua curvatura, e dopo divenne, dirò così, più malleabile, si distese, si adattò meglio sul bulbo, e diminuì ogni giorno di spessore e di durezza. In secondo luogo devesi tale cambiamento attribuire alla cessazione dello spasmo dell'orbicolare.

Rividi quest'inferma un anno dopo l'operazione, e trovai che la guarigione dell'entropio erasi perfettamente mantenuta.

La M...... Anna venne ricoverata nell'Ospedale Oftalmico, perchè affetta da congiuntivite granulosa, blefarite cigliare, entropio della palpebra superiore sinistra, trichiasi, cheratite vascolare, ed opacità corneale all'occhio sinistro.

Dapprima si applicò alla palpebra un semplice setone, il quale non produsse l'effetto che si sperava. Si escise allora un lembo di cute palpebrale, senza maggior successo. Si applicò in seguito nella clinica il metodo in discorso. Si lasciò in sito il filo dal sabbato al martedì; quando lo si tolse la palpebra erasi un po' tumefatta, e la cute si era notevolmente arrossata. Si continuò, come sempre, nell'applicazione

intermittente del bendaggio, e dopo qualche tempo si potè osservare che la palpebra era abbastanza in buona posizione da non permettere più alle ciglia di ferire il bulbo.

Il blefarospasmo di molto diminuito, ma non cessato ci consigliò di continuare per qualche tempo nell'applicazione del bendaggio per evitare la recidiva.

C...... Giuseppe ci presentò il più bel successo ottenuto fin ora con questo metodo. Venne all'Ospedale per congiuntivite granulosa, panno-totale con cheratocono all'occhio destro, leucomi e cheratite vascolare nel sinistro. L'apertura palpebrale destra era molto ristretta; eravi entropio della palpebra superiore destra. Venne messo il filo nel modo già detto alla palpebra superiore destra il giovedì, e ne venne tolto alla domenica; poca reazione.

Come negli altri casi venne applicato il bendaggio. Dopo qualche giorno si potè scorgere come non esistesse più ombra di entropio; la palpebra era divenuta morbida, libera, e sciolta ne' suoi movimenti, non esisteva più traccia di blefarospasmo.

L'apertura palpebrale erasi di molto allargata ed appariva eguale in luce a quella dell'altr'occhio, lasciando allo scoperto precisamente tanto bulbo oculare come nell'altro.

Si tralasciò, dopo pochissimi giorni, di fare il bendaggio, anche perchè per una speciale conformazione del capo ed impazienza dell' ammalato, il bendaggio rimaneva difficilmente in sito.

Ciò malgrado l'entropio non si riprodusse.

Non posso dire la favorevole impressione prodotta su di me e su tutti coloro che osservarono questo felicissimo caso.

Anche questo individuo fu più volte esaminato dagli Studenti nel 1871.

Ebbi occasione di seguire per un po' di tempo detto infermo, e vidi con sommo piacere mantenersi la guarigione.

Battista B..... era affetto da trichiasi, da entropio della palpebra superiore destra e sinistra, e da congiuntivite granulosa. Più volte ricorse all'Ospedale Oftalmico, dove gli si venne in aiuto ora coll'applicazione di setoni, ora col metodo di Celso, col collodio, ecc.

L'ultima volta ch'egli venne all'Ospedale lo si operò col nuovo metodo. Il filo venne lasciato tre giorni alle due palpebre superiori; s'interposero otto giorni fra le due operazioni. Si applicò il bendaggio, e dopo qualche giorno l'ammalato chiedeva ripetutamente di uscire, non sentendo più alcuna molestia. Il bordo palpebrale era in posizione buona; le ciglia non ferivano più il bulbo.

Tralascio di dire di molti altri operati con questo metodo, perchè corrispondono ai già citati.

Come si scorge in tutti questi casi, il bendaggio ci fu di grande aiuto, ed io non esito a dichiarare

che esso fu il complemento della cura, e che certamente gli si deve una gran parte in questi successi.

Il bendaggio nei casi di entropio viene ora fatto in modo un po' diverso da quello che si applica nell'ettropio, e di cui già parlai a proposito del primo caso riferito, e diverso eziandio a seconda della sede dell'entropio.

Così, quando viene operata la sola palpebra superiore, si procede in questa guisa:

Fatte chiudere dolcemente le palpebre del paziente, si applica sulla palpebra ammalata, e precisamente sulla sua porzione più vicina al ciglio dell' orbita, una compressa piegata in forma rettangolare e piramidale nello stesso tempo, collocandola in modo che la parte più stretta, l'apice dirò così, della piramide poggi sulla cute; poscia si applica un leggiero batuffolo di fila che non sporga e non oltrepassi il bordo cigliare della palpebra, e si dànno alcuni giri orizzontali attorno al capo con una benda stretta in modo che la fessura palpebrale rimanga scoperta. Quella compressa, piegata a piramide, agisce come un cuneo, premendo nello spazio compreso tra la parete orbitaria ed il bulbo oculare, e imprimendo un leggiero movimento di leva alla palpebra, ne allontana il bordo cigliare dal bulbo oculare.

Si ha così il vantaggio di lasciare all'ammalato un certo uso della sua facoltà visiva, perchè egli può aprire leggermente la fessura palpebrale, e dirigersi così da per sè, permettendo di operare con-

temporaneamente i due occhi, senza che l'applicazione del bendaggio ad entrambi disturbi l'ammalato, costringendolo a cecità assoluta.

Inoltre il bendaggio può essere tollerato maggior tempo di seguito, poichè dall'apertura palpebrale le lagrime ed il muco possono escire senza troppo fastidio dell'operato.

Devo aggiungere che talvolta ci servimmo eziandio del collodio per aiutare l'azione del bendaggio dopo tolto il filo. Abbiamo inoltre trovato utile di applicare tanto nell'ettropio come nell'entropio una piccola listerella di tela sotto al filo che scorre sulla cute parallelamente al bordo libero della palpebra; così si garantisce viemmaggiormente la cute, e riesce più facile, allorchè si vuol togliere il filo, di tagliarlo, non aderendo in questo modo alla cute agglutinato e reso aderente alla stessa dall'indurirsi delle secrezioni congiuntivali.

In alcuno degli operati si lasciò il filo anche per otto giorni; in generale però lo si deve togliere al 3° od al 4° giorno.

Posso accertare che nessun inconveniente risulta dalla presenza del filo sulla faccia congiuntivale della palpebra; e che non tengono dietro all'applicazione di questo metodo disgustose sequele. Anzi dopo poco tempo non riesce neppure visibile la traccia lasciata dal passaggio dell'ago.

In questi venti mesi ebbi campo di vedere in qualche caso ripetuto due volte ed anche tre, a lunghi intervalli però, lo stesso metodo sulla stessa palpebra.

E si fu: una volta in un caso d'entropio grave in individuo a fondo eminentemente scrofoloso, sofferente di congiuntivite granulosa con panno vascolare ed ulceri corneali; in codesto individuo la prima applicazione del metodo accompagnato dalla cura della congiuntivo-cheratite fu seguìta da guarigione dell'entropio, che si riprodusse dopo un po' di tempo in seguito ad aggravamento della affezione congiuntivale e corneale, come succede frequentemente in simili individui. Una seconda applicazione della sutura fu seguìta dalla guarigione dell'entropio, che si mantenne.

Nelle due altre volte si trattava pure d'individui in cui la riproduzione dell'entropio era prodotta da grave recidiva dell' affezione da cui prima era nato l'entropio, ed in uno questo datava dall'infanzia.

Tutti i casi in cui si dovè ripetere l' operazione furono casi d'entropio.

In nessuno di questi dal ripetersi dell'operazione si ebbe il menomo inconveniente.

In questi ultimi tempi, avendosi ad operare un entropio non molto grave della palpebra superiore, si omise la contro-puntura; cioè, invece di far escire il filo sulla faccia cutanea della palpebra ad una distanza di 2 o 3 millimetri dal bordo libero della palpebra, si fece appoggiare il filo sullo stesso bordo libero della palpebra, e lo si fissò alla fronte. In altre parole, i due capi del filo che poggiano sulla congiuntiva palpebrale venivano ad escire dall'apertura palpebrale.

Così facendo, si corregge egualmente l'entropio distaccando il bordo palpebrale dal bulbo, ma non rimane così pronunciato il movimento di *bascule*. È una pratica che può servire nei casi meno gravi, e che ha il vantaggio di risparmiare parte del dolore.

Dalle ripetute osservazioni fatte è sôrta in me profonda la convinzione, che sia questo nuovo metodo per riuscire utile in molti casi, ed io prego perciò i Colleghi a volerlo esperimentare.

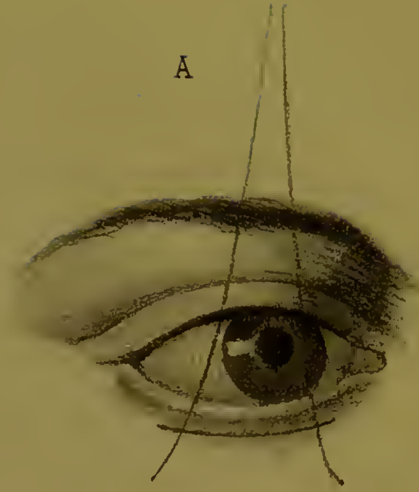
Se la terapia delle due gravi affezioni oculari, l'ettropio e l'entropio, ne ricaverà, come spero, vantaggio, lo si dovrà più che a me, al mio amatissimo Padre ed all'egregio professore Reymond, che mi aiutarono e sostennero coi loro consigli e colla loro opera, ed ai quali io godo di poter oggi pubblicamente attestare tutta la mia riconoscenza.

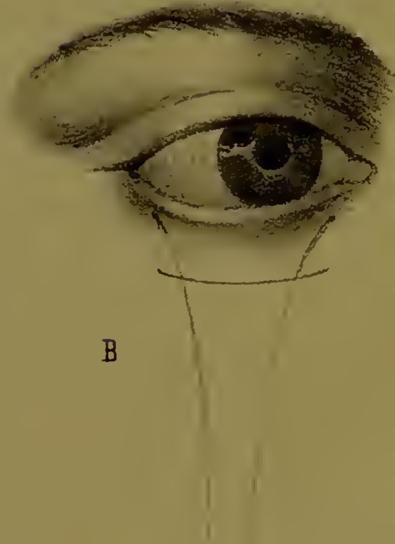


Le due figure qui unite possono dare una idea del modo con cui il filo viene applicato.

La figura **A** rappresenta una palpebra, la destra inferiore, in cui l'ettropio venne corretto colla imbrigliatura descritta. I due capi del filo, che si vedono tronchi nella figura, vanno a poggiare sulla fronte dove sono trattenuti da listerelle agglutinative.

La figura **B** rappresenta la correzione dell'entropio nella stessa palpebra, la destra inferiore. I due capi del filo vengono in questo caso fissati sulla guancia.


A


B